

Points de vue de la CSS concernant des sujets importants de politique de la santé

1. Caisse unique (cantonale)

Le peuple suisse a rejeté plusieurs fois l'idée d'une caisse unique étatique. La dernière fois, le 28 septembre 2014, par 61,8% de voix contraires, le peuple suisse a rejeté catégoriquement l'initiative pour une caisse publique d'assurance-maladie. Cela montre donc que la population tient toujours clairement à un système de santé basé sur la libre concurrence et financé solidairement. A l'automne 2017, une initiative populaire en faveur des caisses uniques cantonales a été lancée en Suisse romande. Finalement, l'initiative n'a pas abouti en raison d'un nombre insuffisant de signatures. Le canton de Neuchâtel a lancé un projet de loi identique en 2020 sous la forme d'une initiative cantonale.

Mais le Parlement a rejeté la nouvelle version de caisse unique cantonale. Le débat relatif à une caisse unique publique a toutefois été ravivé avec plus de force en raison de la hausse des coûts de la santé. Ainsi, en août 2023, les déléguées et délégués du PS ont pris la résolution de lancer une nouvelle initiative pour une caisse maladie publique unique, en faveur de laquelle les signatures seront recueillies en 2025. L'initiative revendique que chaque canton possède sa caisse-maladie publique, avec la possibilité de créer des caisses intercantionales. Les primes seraient liées à la capacité économique et ne devraient pas excéder 10% du revenu disponible.

La CSS s'oppose à la caisse unique, qu'elle soit fédérale, régionale ou cantonale.

La concurrence entre les assureurs-maladie entraîne aujourd'hui un niveau qualitatif élevé et un contrôle efficace des factures, qui permet de réaliser des économies sur les prestations fournies inutilement, au profit des payeurs de primes. En outre, les personnes assurées peuvent opter pour une multitude d'offres innovantes et bénéficier de rabais de prime en choisissant un modèle alternatif d'assurance. Dans un tel système de caisse unique, elles perdraient cette liberté de choix et ainsi la possibilité prévue par la loi de changer d'assurance-maladie.

Les coûts de la santé n'augmentent pas à cause des assureurs-maladie ou de leurs frais administratifs, qui ne représentent que 5% des coûts. Les coûts des prestations, qui représentent environ 95% des coûts et sur lesquels la caisse unique n'aurait aucune influence, constituent le principal facteur de coûts. Il est en outre probable qu'avec une institution ayant le monopole, où aucune concurrence ne s'exercerait, les frais administratifs augmenteraient. Enfin, l'idée d'une caisse unique poursuit l'objectif de réduire massivement les réserves, ce qui compromettrait la stabilité financière de l'institution, même en cas de petites erreurs d'estimation de l'évolution des coûts. Une telle position critique sur le plan financier ne pourrait être corrigée que par des augmentations de primes massives, ou avec l'argent du contribuable.

2. Surveillance de l'assurance complémentaire (FINMA)

L'autorité de surveillance des marchés financiers (FINMA) exerce entre autres la surveillance de l'assurance-maladie complémentaire. Elle contrôle que les primes prévues respectent un certain cadre garantissant, d'une part, la solvabilité des différents organismes d'assurance et, d'autre part, la protection des personnes assurées contre les abus. Les assureurs ne peuvent proposer leurs produits qu'une fois que la FINMA a approuvé les primes.

La protection des personnes assurées contre les abus est une préoccupation centrale et incontestée de la loi sur la surveillance des assurances (LSA). La loi n'a jamais défini avec précision ce qu'il faut comprendre par abus. La conception actuelle des abus par la FINMA et les interventions qui en résultent dans la liberté d'entreprise et l'autonomie contractuelle des assureurs vont toutefois très loin.

La CSS reconnaît l'importance d'une surveillance politiquement indépendante et transparente. Néanmoins, les assurances-maladie complémentaires sont surveillées selon des critères plus rigoureux que les autres assurances de dommages. La CSS revendique ici une égalité de traitement et refuse des interventions dans la liberté de décision entrepreneuriale, qui repose sur des bases légales insuffisantes. Elle s'engage pour des conditions-cadres qui laissent une marge de manœuvre suffisante pour des possibilités d'assurance individuelles et innovantes.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet de l'assurance complémentaire dans le numéro 2/2021 de notre publication de politique de la santé «Place au dialogue».

3. Soins intégrés

L'encouragement des soins intégrés est depuis des années une préoccupation centrale de la CSS. Les soins intégrés veulent régler de manière contractuelle le pilotage des patient/es tout au long du traitement, ce qui améliore la qualité du traitement et entraîne des économies sur les coûts de prestations. Les clientes et clients bénéficient d'une meilleure qualité et de coûts moins élevés du fait de l'efficacité du traitement. La mise en œuvre de la compensation des risques optimisée renforce les incitations à étendre les modèles de soins intégrés. Le financement uniforme, qui a été accepté par le peuple suisse le 24 novembre 2024, donne un nouvel élan aux soins intégrés (voir à ce sujet le point de vue «Mise en œuvre du financement uniforme»).

La CSS reconnaît la volonté du Conseil fédéral de continuer de promouvoir les soins intégrés dans le cadre du deuxième volet de mesures pour atténuer la hausse des coûts. L'approche du Conseil fédéral consistant à ancrer les réseaux dans la LAMal en tant que nouveaux fournisseurs de prestations et donc à renforcer la réglementation est toutefois contre-productive et génère des coûts. Il s'agit plutôt de préserver et d'exploiter encore mieux la marge de manœuvre existante pour organiser la collaboration sous la forme de partenariats tarifaires. Dans cette optique, la CSS entend par exemple continuer de développer ses partenariats avec des réseaux de soins intégrés tels que l'Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC). Dans le même temps, il faut encore augmenter l'attrait des modèles alternatifs d'assurance (MAA), notamment pour les malades chroniques.

En outre, les personnes assurées bénéficient aujourd'hui déjà de conventions favorables passées entre les partenaires tarifaires: plus de trois personnes assurées sur quatre ont déjà opté pour une limitation du choix de leur fournisseur de prestations. Pour elles, des coûts corrigés du risque inférieurs sont enregistrés, ce qui signifie que cette restriction permet effectivement de réaliser des économies. Pour renforcer les modèles efficaces, il serait important de mettre directement en relation la coordination et les économies sur les coûts des prestations et de transformer ce lien en rabais accordés. Ainsi, l'importance du rabais accordé pour un modèle doit dépendre encore plus fortement de son résultat sur le plan de la coordination.

Il s'est avéré que la mise en réseau numérique est un facteur de succès essentiel pour des soins intégrés efficaces: l'utilisation du dossier numérique du patient par tous les acteurs du réseau garantit les échanges entre les fournisseurs de prestations et évite les doublons. La plateforme en ligne Well, qui garantit des soins intégrés numériques par exemple dans le cadre du réseau de soins EHC, en est un exemple concret.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet des soins intégrés dans le numéro 2/2020 de notre publication de politique de la santé «Place au dialogue».

4. Compensation des risques

Un système d'assurance obligatoire avec obligation d'admission et prime unique exige une compensation des risques qui fonctionne parmi les assureurs. Sinon, les incitations sont trop grandes à conserver dans l'effectif le plus possible de «bons risques» (et le moins possible de «mauvais risques»). Avec la compensation des risques optimisée, la chasse aux personnes en bonne santé et la mise à l'écart des personnes malades perdent leur attrait. C'est la condition d'une concurrence judicieuse centrée sur les coûts de prestations.

Le système actuel de la compensation des risques a fait ses preuves et a contribué à une consolidation sur le marché de l'assurance-maladie. Une optimisation de l'indicateur d'hospitalisation constituerait toutefois par exemple une nouvelle étape possible dans ce sens.

En 2023, le Conseil fédéral a adopté une modification de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR). La modification de l'ordonnance permet de compléter les statistiques du marché global sur la compensation des risques par des informations supplémentaires. Ainsi, les assureurs pourront mieux évaluer la compensation des risques et calculer les primes de l'AOS de façon encore plus adéquate.

5. Financement hospitalier et planification hospitalière

Avec le financement hospitalier introduit en 2012, le principe de remboursement des coûts a été remplacé par une rémunération basée sur les prestations. Depuis lors, les hospitalisations sont remboursées par des forfaits basés non pas sur les coûts individuels d'un hôpital, mais plutôt sur les hôpitaux dont le travail est efficace. Lors de l'attribution de mandats de prestations, les cantons doivent réserver un traitement identique aux prestataires privés et publics. Afin de favoriser la concurrence, les patientes et patients ont le choix entre les hôpitaux répertoriés dans toute la Suisse. A long terme, des fournisseurs de prestations efficaces présentant un niveau de qualité suffisant doivent s'imposer sur le marché.

Conformément à la Constitution fédérale, la planification hospitalière relève des cantons, qui doivent établir et coordonner les listes d'hôpitaux en fonction des besoins selon les critères LAMal. L'objectif est d'éviter la surmédicalisation, de juguler les coûts et de garantir la qualité. La planification doit intervenir sur la base des besoins et les cantons sont tenus de coordonner entre eux leurs planifications. Néanmoins, la planification reste souvent limitée aux frontières cantonales, le plus souvent pour des raisons de politique de promotion des sites d'implantation et de politique économique. Il en résulte des surcapacités, des distorsions de la concurrence et une hausse des coûts, car les cantons encouragent souvent leurs propres hôpitaux (prestations d'intérêt général, investissements, fixation de tarifs de référence plus bas pour les traitements extra-cantonaux, etc.). Les cantons ont oublié d'exploiter la marge de manœuvre dont ils disposent dans le sens d'objectifs supérieurs en matière de politique de la santé, ce qui pourrait s'expliquer par les multiples rôles qu'ils assument: ils sont à la fois l'exploitant des hôpitaux, l'autorité de surveillance et l'autorité d'approbation. Il est donc instamment nécessaire de résoudre les conflits d'intérêts existants et d'instaurer au niveau régional une planification hospitalière judicieuse et adaptée aux besoins effectifs.

Le Conseil fédéral a uniformisé les directives de planification pour les hôpitaux et les EMS au 1^{er} janvier 2022, afin d'améliorer la qualité et de réduire les coûts. L'ordonnance régleme de manière uniforme dans toute la Suisse les contrôles de l'économicité et de la qualité et demande une meilleure coordination intercantonale. Les hôpitaux figurant sur des listes cantonales des hôpitaux ne doivent plus verser de bonus liés au volume de prestations pour éviter une multiplication inutile des prestations. Sur le principe, la CSS a approuvé ces modifications, car elles peuvent contribuer à l'uniformisation des procédures cantonales, à l'amélioration de leur degré de précision ainsi qu'à une concentration de l'offre de prestations.

Depuis le 1^{er} janvier 2024, les associations d'assureurs-maladie ont le droit de former recours contre les planifications hospitalières cantonales et la CSS s'en félicite.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet de la planification hospitalière et du fédéralisme dans les numéros 3/2020 et 1/2025 de notre publication de politique de la santé «Place au dialogue».

6. Mise en œuvre du financement uniforme

Le 24 novembre 2024, la population a accepté le financement uniforme par 53,3%. La CSS salue l'adoption de cette réforme importante, qui encourage le transfert vers l'ambulatoire, donne un nouvel élan aux soins intégrés et aura un impact positif sur les coûts de la santé et les primes. La modification entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2028 pour le domaine des soins aigus et le 1^{er} janvier 2032 pour le domaine des soins.

Grâce au financement uniforme des prestations de santé, les assureurs-maladie devront à l'avenir rembourser intégralement (100%) les prestations de tous les domaines, et les cantons devront financer sur leur territoire une part des coûts globaux (actuellement au moins 26,9% des coûts globaux). Ces fonds seront reversés dans le système, au profit des payeuses et payeurs de primes.

Les années à venir seront décisives pour exploiter tout le potentiel du financement uniforme. Tous les acteurs du système de santé sont désormais appelés à apporter leur contribution à la réussite de la mise en œuvre, qui porte pour l'essentiel sur les domaines suivants:

Encouragement du transfert vers l'ambulatoire

Les traitements ambulatoires sont en général moins coûteux que ceux stationnaires, et souvent plus judicieux sur le plan médical. Néanmoins, leurs coûts sont entièrement couverts par les primes actuellement, de sorte que le transfert souhaité par les politiques du stationnaire vers l'ambulatoire se fait unilatéralement au détriment des payeuses et payeurs de primes. Le financement uniforme supprime ces incitations inopportunes et crée les bases requises pour accélérer le transfert vers l'ambulatoire. Des mesures telles que la fixation par les cantons d'objectifs en matière de transfert vers l'ambulatoire lors de la planification hospitalière ou l'information ciblée des personnes assurées par les assureurs-maladie sur les avantages d'un traitement ambulatoire (en termes de coûts) peuvent soutenir cette évolution. Le renforcement du transfert vers l'ambulatoire a non seulement un effet positif sur les coûts, mais présente aussi des avantages qualitatifs pour les patientes et patients, étant donné que les interventions ambulatoires sont en général moins lourdes.

Renforcement des soins intégrés

Des soins bien coordonnés, notamment pour les malades chroniques, permettent d'éviter les doublons et les traitements inutiles, ce qui a un impact positif sur la qualité et les coûts. Jusqu'à présent, l'inégalité de financement a toutefois limité le potentiel des soins intégrés, étant donné que les coûts de coordination sont surtout occasionnés dans le domaine ambulatoire financé par les primes, alors que les économies réalisées sont prédominantes dans le domaine stationnaire (p. ex. du fait que des hospitalisations sont évitées). Avec le financement uniforme, ces économies pourront à l'avenir être répercutées plus directement sur les personnes assurées (p. ex. sous la forme de rabais plus élevés sur les modèles alternatifs d'assurance), ce qui rendra les soins coordonnés plus attrayants pour tout le monde.

Simplification du double contrôle des factures

Le législateur a décidé de maintenir un double contrôle des factures par les assureurs et les cantons dans le domaine stationnaire. Dans le cadre de la mise en œuvre, il sera important de veiller à ce que ces contrôles cantonaux soient aussi simples et non bureaucratiques que possible.

Transparence des coûts dans le domaine des soins de longue durée

En ce qui concerne les soins de longue durée, les partenaires tarifaires sont tenus de créer d'ici 2032 les conditions nécessaires à la mise en œuvre du financement uniforme. Il s'agit notamment de développer de nouveaux tarifs de prestations pour soins reposant sur une base transparente de données et de coûts.

Vous trouverez plus d'informations sur le projet [ici](#).

7. Tarif médical ambulatoire

Utilisé depuis 2004, le tarif TARMED est devenu obsolète. Avec un volume de décomptes de 13 milliards de francs par année, il est le principal système tarifaire dans le domaine ambulatoire. Les travaux relatifs à l'élaboration d'un nouveau tarif médical ambulatoire ont duré de nombreuses années et ont été accompagnés d'intenses discussions politiques et spécialisées. Dans le cadre du premier volet de mesures pour freiner la hausse des coûts, il a été décidé d'introduire des forfaits nationaux et d'ancrer dans la loi une organisation tarifaire nationale.

A la fin 2023, deux systèmes tarifaires ont été soumis pour approbation au Conseil fédéral: les partenaires tarifaires curafutura, SWICA et FMH lui ont présenté le tarif à la prestation tandis que santésuisse et H+ lui ont remis une structure tarifaire forfaitaire ambulatoire. L'objectif était de remplacer l'ancien tarif TARMED par un nouveau tarif médical ambulatoire. Le 19 juin 2024, le Conseil fédéral a décidé d'approuver partiellement les deux structures tarifaires. Dans le même temps, le Conseil fédéral a annoncé que le nouveau tarif médical ambulatoire remplacerait le TARMED au 1^{er} janvier 2026. Le Conseil fédéral a demandé aux partenaires tarifaires d'adapter jusqu'au 1^{er} novembre 2024 les propositions qu'ils lui avaient soumises, afin qu'il soit possible de coordonner les deux tarifs développés séparément. L'OTMA SA a dirigé les travaux nécessaires et piloté la coordination entre les différents acteurs. A la fin octobre 2024, les partenaires tarifaires ont présenté un contrat de mise en œuvre pour l'harmonisation des structures.

Pour la CSS, il est déterminant de disposer de tarifs adéquats qui garantissent des soins médicaux efficaces et axés sur la qualité. Il conviendra en outre de s'assurer du respect de la neutralité des coûts prescrite légalement lors de l'introduction des nouveaux tarifs.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet des forfaits ambulatoires dans le numéro 3/21 de notre publication de politique de la santé «Place au dialogue».

8. Financement des soins

La réforme du financement uniforme, qui a été adoptée par votation populaire le 24 novembre 2024, introduit une réorientation fondamentale du financement des soins, qui existe depuis 2011. La séparation actuelle des systèmes de financement des prestations de santé est supprimée. Le financement uniforme pose les bases d'un financement pérenne des soins et encourage des soins de qualité. Il vise à uniformiser le financement et à freiner la hausse des coûts tout en garantissant des soins médicaux adéquats. Désormais, les cantons prendront en charge, selon une clé de répartition uniforme, au moins 26,9% des coûts dans tous les domaines. Les coûts des soins seront entièrement intégrés avec un délai transitoire de sept ans, c'est-à-dire à partir de 2032.

D'ici là, les partenaires contractuels sont tenus de présenter des tarifs pour les prestations de soins reposant sur une base de données et de coûts homogène et transparente, et de veiller à ce que les prestations de soins, en particulier des soins de longue durée, soient intégrées sans problème dans le système de financement uniforme.

Depuis le jugement du Tribunal fédéral de 2019, la CSS constate que le nombre d'organisations de soins à domicile employant des proches aidants augmente fortement. Depuis ce jugement, la CSS s'engage, conjointement avec l'association d'assureurs de base, pour créer des conditions-cadres claires et contraignantes pour sa mise en œuvre. Un objectif essentiel est de veiller à ce que les proches aidants aient toujours un contrat de travail afin de garantir leur protection sociale. De plus, des critères nationaux doivent être définis pour déterminer qui peut recevoir des soins, quelles offres de répit sont disponibles et comment les dépendances peuvent être soumises à une réglementation transparente et durable.

En outre, les cantons et la CDS doivent uniformiser leurs critères d'autorisation concernant les organisations d'aide et de soins à domicile et les associer à des critères de qualité. Ces conditions d'autorisation devraient être contrôlées et adaptées régulièrement. De plus, il est important de définir plus clairement le catalogue des prestations de soins, par exemple au moyen d'une liste exhaustive.

9. Prévention

La CSS en tant que partenaire santé se mobilise en faveur d'un comportement responsable de toutes les personnes assurées. Cela englobe aussi une attitude de nature à promouvoir la santé et des mesures préventives. La CSS met des produits et des services à la disposition des personnes assurées.

Le système actuel de prévention et de promotion de la santé présente des lacunes: par rapport aux trois piliers des soins de santé médicaux (traitement, réadaptation et soins), la prévention et la promotion de la santé ne sont que partiellement ancrées dans la loi; aujourd'hui, la répartition des compétences entre la Confédération, les cantons et les assureurs n'a pas été clarifiée définitivement. En conséquence, dans de nombreux domaines de la prévention et de la promotion de la santé, le pilotage et la coordination sont insuffisants, tout comme la transparence au niveau des offres et des prestations.

La CSS estime que dans le système actuel, il convient d'attacher plus d'importance à la prévention et à la promotion de la santé. L'aspect de l'accompagnement individuel pour éviter les maladies, mais aussi en cas de maladie, a une importance croissante. Les assureurs-maladie doivent être habilités à soutenir les personnes assurées par des mesures individuelles de promotion de la santé, au-delà du cadre légal actuel de la prévention médicale. C'est pourquoi la CSS salue la proposition discutée dans le cadre du deuxième volet de mesures, qui doit permettre aux assureurs-maladie d'informer leurs assurées et assurés de manière ciblée au sujet de mesures préventives, comme les examens de contrôle en cas de maladies chroniques, ou de formes particulières d'assurance appropriées, comme les réseaux de médecins dans la région.

Du point de vue de la CSS, les redevances de prévention financées par les primes doivent remplir les conditions suivantes: l'utilité de ces mesures doit pouvoir être attestée et elles doivent avoir un lien direct avec les affaires d'assurance-maladie. En principe, les assureurs doivent encore avoir eux aussi la possibilité d'agir pour le bien de leurs personnes assurées au moyen d'incitations en faveur de mesures de prévention facultatives.

10. Promouvoir la responsabilité individuelle

Pour freiner la hausse des coûts de la santé, l'encouragement de la responsabilité individuelle des patientes et patients joue un rôle important du point de vue de la CSS. L'assurance-maladie obligatoire repose sur deux piliers essentiels à cet égard: il y a d'une part les modèles alternatifs d'assurance (MAA), dans lesquels on s'engage par exemple à consulter un premier interlocuteur bien défini (gatekeeper) et à suivre les parcours de traitement qu'il propose. De ce fait, la personne assurée est guidée efficacement à travers le système de santé et reçoit des soins ciblés, ce qui permet d'éviter des traitements superflus. D'autre part, la responsabilité individuelle peut être encouragée par des incitations liées à la participation aux coûts. Plus particulièrement, les différents niveaux de franchise réduisent la sollicitation de prestations et ont ainsi un effet incitatif en termes d'économies. L'augmentation de la franchise minimale, qui est actuellement débattue

au Parlement, va également dans ce sens. La CSS y est favorable. Dans ce contexte, l'information ciblée des personnes assurées par leurs assureurs-maladie au sujet des prestations meilleur marché ou des modèles de soins et d'assurance adéquats peut jouer un rôle important. Ce sujet fait partie des délibérations du Parlement dans le cadre du deuxième volet de mesures.

En tant que partenaire santé, la CSS aide en outre ses assurées et assurés à avoir un comportement responsable en cas de maladie. Avec le Symptom Checker de l'appli Well, les personnes assurées disposent par exemple d'un service numérique développé par des médecins spécialisés et des informaticien/nes médicaux. Le Symptom Checker vérifie les symptômes de la maladie et émet une recommandation à l'intention de la personne assurée lui indiquant si elle doit ou non consulter le médecin, se rendre à la pharmacie ou l'hôpital. Si ce n'est pas nécessaire, le Symptom Checker donne des conseils pour soulager les douleurs.

Dans le domaine de la prévention aussi, la CSS veut encourager la responsabilité individuelle de ses assurées et assurés. Dans l'assurance de base, les possibilités sont néanmoins limitées afin de ne pas remettre en question le principe de la solidarité et la compensation des risques: l'offre doit être facultative et avoir un lien avec la conclusion facultative d'un modèle alternatif d'assurance. De plus, elle doit dans ce contexte être ouverte à toutes les personnes assurées, indépendamment de leur état de santé et de leur âge. Les comportements sains ne doivent pas être récompensés par des rabais de primes supplémentaires ou d'autres avantages pécuniaires. Seules certaines mesures de prévention médicale peuvent être exemptées de la participation aux coûts. Du point de vue de la CSS, la question se pose donc de savoir si cette restriction est encore d'actualité et s'il ne faudrait pas étudier de nouvelles incitations et approches pour promouvoir de manière encore plus ciblée les activités de promotion de la santé.

La CSS considère que les connaissances et les compétences en matière de santé représentent une base essentielle pour une action responsable sur les questions de santé. Les compétences en matière de santé aident à évoluer plus efficacement dans le système de santé, à mieux prévenir les maladies et à gérer plus consciencieusement sa propre santé. C'est pourquoi la CSS s'engage sur différents plans pour le renforcement de ces compétences.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet de la responsabilité individuelle dans le numéro 1/2019 de notre publication de politique de la santé «Place au dialogue».

11. Structures tarifaires

La CSS se mobilise en faveur du développement actif des structures tarifaires. Ce faisant, elle se détermine en fonction de la primauté de l'objectivité et défend une séparation rigoureuse entre structure et prix. Les structures tarifaires doivent refléter l'état actuel de la médecine, la fourniture de prestations conforme au critère du caractère économique et tenir compte de l'évolution des structures de soins. Elle s'oppose donc aux révisions inadéquates, qui s'appuient sur des motivations purement financières. La CSS considère que l'autonomie tarifaire et un partenariat tarifaire qui fonctionne bien sont des éléments importants du système de la libre concurrence et elle soutient tous les efforts entrepris pour amener des solutions par la négociation. Toutefois, elle est également favorable aux interventions subsidiaires du Conseil fédéral lorsque l'autonomie tarifaire ne débouche sur aucune solution adéquate et acceptable pour les personnes payant les primes.

12. Qualité

La garantie d'une bonne qualité et l'élaboration de systèmes de qualité (critères, indicateurs, etc.) ainsi que la mesure et la présentation de ces mesures sont primordiales si l'on veut avoir un système de santé

efficace, et sont avant tout du ressort des fournisseurs de prestations. Outre la qualité des processus et des structures, des mesures de la qualité et des indications doivent notamment garantir la transparence quant à la qualité entre les fournisseurs de prestations. Cette transparence constitue un critère important en matière de concurrence.

La CSS s'engage, dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle loi sur la qualité (art. 58 LAMal), pour que la qualité de la fourniture des prestations dans le système de santé suisse soit analysée et attestée de manière transparente. Les règles relatives au développement de la qualité et à la transparence sur cette dernière doivent être contraignantes et être assorties d'un système de sanctions. La mise en œuvre du nouvel article de loi sur la qualité (art. 58 LAMal) s'avère toutefois complexe, car les associations de fournisseurs de prestations et celles d'assureurs-maladie doivent préserver la neutralité des coûts. La transparence dans le domaine de la qualité désormais obtenue doit permettre aux payeurs/-euses de primes de comparer les différentes offres des fournisseurs de prestations et aux partenaires tarifaires de créer une concurrence qualitative en plus de la concurrence en matière de prix.

13. Prix et marges des médicaments

En ce qui concerne l'autorisation des médicaments et la fixation de leur prix, il existe actuellement diverses incitations inopportunes ou réglementations inadéquates. De ce fait, les médicaments en Suisse coûtent toujours plus cher qu'à l'étranger, et il n'est pas possible de parer aux exigences de prix disproportionnées de l'industrie.

Ces prochaines années, beaucoup de nouveaux médicaments onéreux seront autorisés, ce qui soulève des questions urgentes quant à la capacité de financement et à l'endiguement de la hausse des coûts dans le domaine des médicaments. Le cadre réglementaire existant n'est pas conçu pour faire face comme il se doit aux nouvelles évolutions telles que la médecine personnalisée, la gestion des incertitudes en cas de données probantes insuffisantes ou l'évaluation des produits combinés.

Les futures règles tarifaires devront s'adapter à ces défis.

- Flexibilisation des règles tarifaires: le système réglementaire est constamment adapté aux défis actuels (p. ex. résoudre la problématique liée aux combinaisons). En l'absence de données probantes claires, les produits doivent être admis sur la liste des spécialités (LS) pour une durée déterminée avec des conditions et un prix bas (Managed-Entry-Schemes). Si les conditions ne sont pas remplies ou si les données probantes sur l'efficacité ne peuvent pas être fournies après coup, les produits doivent être supprimés de la LS. La proposition faite par le Conseil fédéral dans le deuxième volet de mesures va dans ce sens. Il est important de la concevoir de sorte qu'elle n'entraîne pas d'augmentation des prix. Il est possible de s'accommoder d'une certaine opacité dans la flexibilisation de la fixation des prix. On pourrait par exemple admettre que les prix nets n'apparaissent plus sur la liste des spécialités. Toutefois, les prix nets doivent dans tous les cas être d'office portés à la connaissance des organismes-payeurs, et dans l'idéal aussi des fournisseurs de prestations. Une opacité totale telle que proposée avec la solution du fonds via l'Institution commune n'est pas une option du point de vue des personnes assurées et de celles qui paient des primes ainsi que de la bonne gouvernance. Elle doit donc être refusée.
- Elaboration et mise en œuvre d'un système de fixation des prix différencié: dans le cadre d'un tel système, la prévalence et l'impact budgétaire doivent entrer en ligne de compte. Cela signifie que si un produit est utilisé à grande échelle ou si son administration est élargie, un prix bas doit être fixé pour celui-ci, ou son prix doit baisser. Les modèles d'impact budgétaires discutés dans le cadre du deuxième volet de mesures, qui prévoient un rabais quantitatif lorsqu'un certain seuil de chiffre d'affaires est atteint, sont du point de vue de la CSS une approche judicieuse qui contribue à la maîtrise des coûts sans compromettre la sécurité des soins.

- Vérification des mécanismes actuels de fixation des prix: les paramètres utilisés (APV, TQV, IZ) sont obsolètes et ne tiennent pas suffisamment compte des nouvelles évolutions telles que la personnalisation de la médecine, le manque de données probantes ou les thérapies combinées. De plus, les mécanismes en vigueur ne prennent pas en considération les traitements de longue durée des maladies chroniques, qui améliorent la qualité de vie avec des conséquences financières très lourdes.
- Les produits liés au mode de vie tels que les seringues minceur évitent certes des maladies associées et peuvent réduire temporairement les coûts dans d'autres domaines, mais ils définissent de nouveaux standards dans la tarification des médicaments en introduisant dans le tarif des coûts évitables.

Actuellement, seule l'entreprise qui a présenté la demande peut faire recours contre une décision d'autorisation ou de fixation des prix de l'OFSP. Les assureurs-maladie en tant qu'organismes-payeurs ne peuvent donc pas réagir pour défendre les intérêts de leur clientèle lorsque, malgré un caractère EAE contestable ou une limitation douteuse, un médicament est admis dans le catalogue des prestations ou lorsque son prix est jugé trop élevé et injustifié. La CSS continuera de se prononcer en faveur de l'introduction d'un droit de recours pour les parties prenantes (assureurs, consommateurs/-trices, patient/es) en rapport avec l'autorisation des médicaments et la fixation de leur prix.

Les progrès réalisés dans la promotion des génériques et des biosimilaires sont réjouissants. En 2023, le Conseil fédéral a adopté deux réformes, qui sont entrées en vigueur en 2024, afin d'encourager l'utilisation de médicaments substituables. Elles concernent notamment les écarts de prix plus importants des génériques par rapport aux préparations originales ainsi qu'une fixation des prix des biosimilaires tenant compte des catégories de volumes du marché. De plus, la quote-part différenciée pour les préparations originales plus chères a été relevée, passant de 20% à 40%. L'adaptation de la part relative à la distribution vise à réduire les incitations inopportunes lors de la remise de préparations originales. L'introduction d'une part relative à la distribution uniforme pour les médicaments contenant les mêmes principes actifs vise à garantir que les pharmacies et les médecins sont rémunérés de la même manière, indépendamment du fait qu'ils délivrent des préparations originales ou des génériques ou biosimilaires. Jusqu'à présent, la part relative à la distribution des médicaments plus onéreux était nettement supérieure à celle des médicaments meilleur marché, et il était donc plus lucratif de remettre des médicaments plus chers.

La CSS salue ces évolutions, mais estime que d'autres améliorations sont encore possibles: des mesures ciblées telles qu'une rémunération propre au canal pour les cabinets médicaux, les pharmacies et les hôpitaux permettraient de mieux rembourser les dépenses économiques effectives des fournisseurs de prestations (p. ex. frais de stockage ou de transport), de réduire les incitations inopportunes tout en faisant baisser les coûts. Il convient de poursuivre les efforts visant à affiner les paramètres de calcul des marges en vue de leur évaluation économique afin de réaliser des économies supplémentaires.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet des médicaments dans les numéros 1/2016, 3/2022 et 1/2024 de notre publication de politique de la santé «Place au dialogue».

14. Prise en charge de médicaments dans des cas particuliers selon les art. 71a à 71d OAMal

La prise en charge dans des cas particuliers conformément aux art. 71a à 71d OAMal représente une possibilité importante pour les patientes et patients d'accéder à des traitements vitaux, pour lesquels aucune autorisation n'a encore été délivrée. La révision de l'OPAS/OAMal, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024, avait pour but d'alléger la charge administrative, d'uniformiser la mise en œuvre et, en corollaire, d'améliorer l'équité en matière d'accès. Depuis début 2024, les demandes de remboursement ont fortement augmenté. Jusqu'à présent, l'effet d'optimisation administrative escompté n'a pas été atteint. Les assureurs-maladie ont été privés de leur pouvoir de négociation pour les traitements coûteux, qui a été remplacé par des rabais fixes. Néanmoins, les refus se multiplient, car certains fabricants ne veulent pas des

rabais fixes. Selon l'évaluation actuelle, l'objectif visant à ce que les fabricants demandent plus rapidement l'admission de médicaments onéreux sur la LS en raison de rabais élevés n'est que partiellement atteint.

Pour que l'évaluation des cas particuliers retrouve davantage son caractère exceptionnel, la CSS fait valoir certaines exigences:

- D'une part, le domaine d'application des art. 71a à 71d OAMal doit se limiter aux maladies qui, non traitées, ont avec une probabilité prépondérante une évolution mortelle pour les personnes assurées, ou entraînant des atteintes à la santé graves et chroniques.
- D'autre part, le remboursement des cas définis par les art. 71b et c OAMal doit être limité à deux ans au maximum afin de renforcer l'intérêt pour les industriels de faire une demande d'admission de leurs produits sur la liste des spécialités.
- En outre, la CSS demande un rapport d'efficacité sous la forme d'un controlling de la mise en œuvre et une évaluation des coûts par la Confédération.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet de la prise en charge de médicaments dans des cas particuliers dans le numéro 3/2019 de notre publication de politique de la santé «Place au dialogue».

15. Transformation numérique et utilisation des données

Le numérique et l'utilisation des données jouent un rôle fondamental dans le façonnement du système de santé de demain. Tout le monde est en effet d'accord sur le fait qu'il est nécessaire de numériser le système de santé, mais la mise en œuvre ne progresse que lentement. La révision du dossier électronique du patient (DEP) notamment se fait attendre. Du point de vue de la CSS, il est indispensable de développer rapidement le DEP en tant qu'élément central de la transformation numérique du système de santé. Comme le DEP existant n'est pas vraiment utile aux patient/es et aux fournisseurs de prestations, son utilisation reste très limitée.

Afin de combler la lacune actuelle et d'augmenter le niveau de numérisation du système de santé suisse, la CSS s'engage pour des soins de santé pérennes en proposant ses propres solutions sur la voie de l'innovation. La CSS a ainsi mis sur pied avec des partenaires la plateforme numérique de santé Well, qui offre un accès interactif au système de santé à toutes les personnes domiciliées en Suisse et est ouverte à l'ensemble des acteurs (fournisseurs de prestations, assurances, pharmacies, etc.). Grâce aux appareils mobiles, les patientes et patients atteints de maladies chroniques peuvent, grâce à Well par exemple, surveiller leur maladie et être en contact à tout moment avec des spécialistes. Dans le cadre du réseau de soins EHC, avec lequel la CSS collabore, des soins intégrés assistés par le numérique peuvent en outre être garantis via Well.

Le passage au numérique contribue à améliorer la transparence, non seulement du côté des personnes assurées, mais aussi, grâce aux analyses de données des institutions, des prestations fournies, ce qui peut encourager la qualité et atténuer les coûts. De plus, la transformation numérique permet de mieux répondre aux besoins de la clientèle. Avec Well, la CSS propose notamment à sa clientèle un conseil médical personnalisé, qui est disponible 24h/24.

Avec des programmes comme «active365», les personnes assurées peuvent en outre prendre la responsabilité de leur santé. Ce programme transmet des connaissances sur un mode de vie sain et récompense les activités dans les domaines de l'alimentation, de l'activité physique, de la pleine conscience et de la santé mentale.

Pour profiter pleinement des avantages du numérique, il faut que tous les partenaires se coordonnent et ajustent leurs tâches dans le cadre de leurs compétences. Des structures et des contenus de données standardisés sont indispensables pour que les systèmes puissent opérer ensemble de manière fluide

(interopérabilité). Le numérique ne peut progresser que dans un système de données efficace et de qualité, ce qui nécessite d'avoir les bonnes conditions-cadres, qui garantissent la sécurité des données sans toutefois freiner le potentiel du numérique. Pour exploiter les données de santé, il existe dans certains pays ce que l'on appelle des Trust-Centers. Ils associent et gèrent les données de santé personnelles et les mettent à disposition dans un environnement sécurisé, avec un niveau qualitatif élevé. Les patientes et patients, les institutions de recherche et les fournisseurs de prestations peuvent ainsi consulter des données de santé récentes, structurées et de grande qualité. Cette solution pourrait également être judicieuse pour la Suisse.

La technologie et la réglementation doivent permettre de créer un écosystème qui permet une exploitation fiable des données et une interaction fluide entre les acteurs tout en préservant la souveraineté des patientes et patients en matière de données. En plus d'une réglementation adéquate, un écosystème numérique requiert en priorité des infrastructures techniques, des applications ainsi que la qualité et l'interopérabilité des données. Le programme DigiSanté lancé par le Conseil fédéral en novembre 2023 reprend une grande partie des revendications politiques. En 2024, le Parlement a approuvé un crédit d'engagement de plus de 392 millions de francs, assorti du mandat de définir des priorités et d'adresser un rapport annuel au Parlement. La CSS soutient ces efforts visant à poser enfin les bases d'un système de santé fondé sur les données.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet des données et de la transformation numérique dans les numéros 2/2016, 1/2020, 1/2022 et 3/2024 de notre publication de politique de la santé «Place au dialogue».

16. Objectifs en matière de coûts et mesures visant à freiner la hausse des coûts

Les dépenses de santé par personne assurée augmentent constamment, avec des taux largement supérieurs au renchérissement ou à l'évolution des salaires, ce qui met en difficulté un nombre croissant de personnes assurées, qui ont du mal à payer leurs primes mensuelles. Dans le même temps, de nombreux cantons se désengagent de plus en plus du processus de réduction des primes pour cause de restrictions budgétaires.

C'est pourquoi la CSS salue le débat lancé il y a quelques années déjà, qui s'est encore intensifié aujourd'hui, sur les mesures adéquates pour freiner la hausse des coûts au sein de l'AOS. Dans ce sens, la CSS a en priorité soutenu de manière constructive l'introduction du financement uniforme, la révision des structures tarifaires centrales et la progression des soins intégrés numériques. Ces trois réformes centrales peuvent être accompagnées d'autres mesures découlant des volets visant à freiner la hausse des coûts du Conseil fédéral, comme le droit de recours des assureurs-maladie au niveau de la planification hospitalière (volet de mesures 1b) ou de nouvelles approches pour les prix des médicaments (volet de mesures 2, en cours de délibération). D'autres mesures visant à freiner la hausse des coûts dans d'autres domaines restent toutefois nécessaires, comme une meilleure gestion du catalogue des prestations AOS ou une application plus systématique des critères EAE.

En complément, la CSS soutient l'introduction d'objectifs de coûts et de qualité dans le système de santé, comme le prévoit le contre-projet à l'initiative pour un frein aux coûts qui a été adopté. Selon ce dernier, le Conseil fédéral fixe tous les quatre ans des directives relatives à l'évolution des coûts des prestations de l'AOS. Une commission surveille l'évolution des coûts et émet des recommandations sur des mesures de correction appropriées. La consultation sur la mise en œuvre du contre-projet est prévue en 2025.

A la fin 2024, le Conseil fédéral a lancé une table ronde sur le thème de la maîtrise des coûts, à laquelle participent différents acteurs du système de santé. L'objectif de ces nouveaux rendez-vous biannuels est de permettre aux participantes et participants d'élaborer ensemble des mesures concrètes de maîtrise des

coûts. A l'issue de la première rencontre, les acteurs se sont mis d'accord sur l'objectif d'économiser environ 300 millions de francs par année à partir de 2026. La CSS salue l'intention de l'initiative d'identifier des mesures efficaces visant à freiner la hausse des coûts reposant sur une large base.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet des mesures visant à freiner la hausse des coûts dans les numéros 3/2017 et 3/2018 de notre publication de politique de la santé «Place au dialogue».

17. Commissions versées aux intermédiaires

Pour acquérir de nouveaux client/es, la CSS mise beaucoup sur son propre réseau de vente. Dans le même temps, elle coopère aussi avec des intermédiaires. Pour promouvoir un conseil d'un niveau qualitatif élevé et efficace en termes de coûts, la CSS est favorable à une collaboration renforcée de toute la branche de l'assurance-maladie par le biais d'une convention de branche autorégulatrice dans l'assurance de base et complémentaire.

Depuis le 1^{er} janvier 2021, un accord de branche relatif à l'activité des intermédiaires d'assurance (ABI) réglemente les appels publicitaires indésirables ainsi que les commissions d'intermédiaires donnant matière à discussion depuis des années. La CSS a dès le début mis en application l'ABI. Aux côtés des associations faitières curafutura et santésuisse, la CSS a fait pression pour que l'ABI soit déclaré de force obligatoire générale par le Conseil fédéral afin de garantir l'égalité des chances entre tous les assureurs. Le 14 août 2024, le Conseil fédéral a décidé de donner force obligatoire générale à l'accord de branche «Intermédiaires 3.0» avec un début de validité au 1^{er} septembre 2024. Il est essentiel que tous les assureurs respectent les nouvelles règles. La CSS attend des autorités (OFSP pour le domaine LAMal et FINMA pour le domaine LCA) qu'elles vérifient l'observation de ces règles.

18. Initiative 10% et contre-projet indirect

Les dépenses de santé par personne assurée augmentent constamment, avec des taux largement supérieurs au renchérissement ou à l'évolution des salaires. Les primes des assureurs-maladie augmentent au même rythme, car ceux-ci doivent couvrir les coûts. Cette évolution met en difficulté financière de nombreux ménages, notamment des familles de la classe moyenne, ce qui est préoccupant du point de vue de la CSS.

L'initiative d'allègement des primes (initiative 10%), qui a essuyé un refus lors de la votation populaire du 9 juin 2024, visait à limiter la charge de primes à dix pour cent du revenu disponible et à harmoniser le système de la réduction individuelle de prime (RIP). Du point de vue de la CSS, cette initiative constitue toutefois un moyen coûteux de lutter contre les symptômes, car elle ne s'attaque pas aux causes de la hausse des coûts. En revanche, la CSS a soutenu le contre-projet indirect, qui va maintenant entrer en vigueur. Selon celui-ci, les cantons devront à l'avenir utiliser un minimum de 3,5% à 7,5% des coûts de l'assurance-maladie obligatoire pour la réduction des primes. Ainsi, les cantons où les coûts de la santé sont plus élevés et la charge de primes des ménages plus forte doivent dans l'ensemble payer plus que les cantons où les coûts sont moins élevés, ce qui incite les cantons à prendre des mesures visant à freiner la hausse des coûts (p. ex. planification hospitalière, approbation des tarifs ou admission des fournisseurs de prestations ambulatoires). La mise en consultation du contre-projet a commencé en décembre 2024.

Des réformes du système de santé qui agissent non seulement sur le plan du financement, mais aussi sur celui des coûts, restent nécessaires. Parallèlement à la mise en œuvre du contre-projet indirect, il importe donc surtout, pour soulager les personnes assurées, de juguler les coûts de la santé, conformément à l'objectif visé par les réformes actuelles (p. ex. mise en œuvre d'un financement uniforme, tarif médical ambulatoire, prix des médicaments).

19. Réserves

Le Conseil fédéral a adopté au 1^{er} juin 2021 une modification de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie (OSAMal), qui prévoit pour les assureurs-maladie une simplification des conditions pour réduire volontairement les réserves. La limite à partir de laquelle une réduction volontaire des réserves est possible est abaissée. Initialement, les assureurs devaient disposer de réserves dépassant 150% du montant minimal prescrit dans l'ordonnance. Avec la révision, cette limite est abaissée au niveau minimal de 100%.

Le coussin financier sert à amortir les surcoûts imprévus (p. ex. coût de la vaccination) et à permettre que la charge de primes pour les personnes assurées reste la plus basse possible. La CSS estime qu'il ne sert à rien d'accumuler des réserves qui ne sont pas nécessaires. En définitive, les réserves appartiennent aux personnes assurées. L'orientation de la révision de l'OSAMal correspond de façon générale à la position de la CSS, selon laquelle les primes doivent être calculées au plus juste, ce qui au final n'engendre pas de réserves trop élevées.

La CSS accepte une réduction des réserves qui intervient sur une base volontaire et qui respecte la liberté d'entreprise des assureurs-maladie. Comme les réserves évoluent en fonction de nombreux facteurs, elles peuvent être soumises à de fortes fluctuations.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet des réserves dans le numéro 2/2022 de notre publication de politique de la santé «Place au dialogue».